·专题研究·门急诊服务敏感疾病·

门急诊服务敏感疾病住院的管理策略研究

王健健[1,2]，张研[3,4]，卢珊[3,4*]，潘杰[1,2]

1. 610041 四川省成都市，四川大学华西公共卫生学院/华西第四医院
2. 610041 四川省成都市，四川大学健康城市发展研究中心/西部农村卫生发展研究中心
3. 430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院
4. 430030 湖北省武汉市，湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心
*通信作者：卢珊，讲师；E-mail：shanlu@hust.edu.cn

【摘要】 门急诊服务敏感疾病住院（ACSH）问题造成了我国每年至少千亿元卫生资源的浪费。实施精准干预措施以减少ACSH是卫生系统健康可持续发展的重要内容，有助于减缓疾病的发生发展，提升群众健康水平，降低经济负担。本研究旨在系统分析ACSH的影响因素，总结归纳减少ACSH的国际经验并探索适用于我国医疗卫生服务体系的ACSH管理策略。研究发现，ACSH受个体因素、卫生服务系统因素和社会因素的影响。国际上主要通过医疗卫生服务模式、服务提供和服务管理三方面举措减少ACSH。本研究结合国际经验和实际情况对我国ACSH管理工作提出如下建议：首先，将ACSH纳入医疗卫生服务评价体系，对门急诊服务敏感疾病（ACSCs）进行全面监测和综合管理，其次，提高医疗卫生服务能力，推动ACSCs管理的规范化与同质化，并基于循证理念改善管理水平；再次，应深入开展ACSCs本土化研究，促进高质量证据转化实施；最后，持续提高人口健康素养，强化患者和公众对减少ACSH的正确认识。

【关键词】 门急诊服务敏感疾病；门急诊服务敏感疾病住院；可避免住院；管理策略；门急诊服务；院外服务；基层医疗卫生服务

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0432

The Management Strategies for Ambulatory Care Sensitive Hospitalization

WANG Jianjian[1,2]，*ZHANG Yan*[3,4]，*LU Shan*[3,4*]，*PAN Jay*[1,2]

1. West China School of Public Health and West China Fourth Hospital，Sichuan University，Chengdu 610041，China
2. Institute for Healthy Cities and West China Research Center for Rural Health Development，Sichuan University，Chengdu 610041，China
3. School of Medicine and Health Management，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，Wuhan 430030，China
4. Research Center for Rural Health Service，Key Research Institute of Humanities & Social Sciences of Hubei，Wuhan 430030，China
**Corresponding author：LU Shan，Lecturer；E-mail：shanlu@hust.edu.cn*

【Abstract】 The issue of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions（ACSH）is a significant problem worldwide，resulting in an annual waste of at least one hundred billion yuan in health resources in China. Implementing targeted interventions to reduce ACSH is an essential pathway towards sustainable health systems. It helps to reduce the occurrence and progression of diseases，improve public health levels，and reduce economic burdens. This study aims to systematically analyze the influencing factors of ACSH，summarize international experiences in reducing ACSH，and explore ACSH management strategies suitable for China's health system. ACSH are influenced by individual factors，health system factors，and social factors.

基金项目：国家自然科学基金面上项目（72074163）；国家自然科学基金青年项目（72104086）；四川省科技厅重点研发项目（2022YFS0052）；四川大学“从0到1”创新研究项目（2023SCUH0025）；泰康溢彩公共卫生及流行病防治专项基金

引用本文：王健健，张研，卢珊，等. 门急诊服务敏感疾病住院的管理策略研究［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0432.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

WANG J J，ZHANG Y，LU S，et al. The management strategies for ambulatory care sensitive hospitalization［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.



Internationally, measures to reduce ACSH mainly focus on medical service models, service provision, and service management. Drawing on international experience and China's practical situation, this study proposes the following recommendations for managing ACSH in China: firstly, it is recommended to incorporate ACSH into the evaluation system of health services, comprehensively monitor and manage ambulatory care sensitive conditions (ACSCs); secondly, enhance health service capacity, promote the standardization and normalization of disease management based on evidence-based approach; moreover, conduct localized research on ACSH and promote the implementation of high-quality evidence; finally, continuously strengthen population health literacy, enhance patients' and the public's correct understanding of reducing ACSH.

【Key words】 Ambulatory care sensitive conditions; Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions; Potentially avoidable hospitalization; Management strategy; Ambulatory and emergency care; Out-of-hospital services; Primary health services

通过各种方法可以避免发生的住院统称为可避免住院。门急诊服务敏感疾病（ambulatory care sensitive conditions，ACSCs）指某些可以通过及时有效的门急诊服务避免发生住院的疾病，门急诊服务敏感疾病住院（hospitalization for ambulatory care sensitive conditions，ACSH）是因 ACSCs 而发生的住院，属于可避免住院的范畴。ACSH 最初用于反映基层医疗卫生服务可及性，现已被世界主要发达国家广泛应用于评价医疗卫生服务体系等相关研究。

现今全球 ACSH 问题较为严重，造成卫生资源极大浪费。证据表明，2006 年美国的 ACSH 患者数已超 400 万，可避免住院费用在一年内超过 300 亿美元[1]。仅就高血压一项疾病，美国 2005—2012 年的可避免住院费用就高达 410 亿美元[2]；ACSCs 患者占总住院人数的 10.5%[3]。针对我国 2016 年 1 356 万例住院患者的分析发现，ACSCs 患者占总住院人数的 9.5%，可避免住院费用约 1 493 亿元[4]。面对严峻挑战，如何实施有针对性的干预措施以减少 ACSH 的发生是卫生系统健康可持续发展的重要内容。然而，ACSH 的影响因素不仅有医学因素，还包括个人和社会等其他因素[5-6]。本研究通过对 ACSH 的影响因素进行系统分析，总结并归纳减少 ACSH 的国际经验，探索适用于我国医疗卫生服务体系的 ACSH 管理策略，以期为中国卫生系统的高质量发展带来更多参考。

1　ACSH 的主要影响因素

1.1　个体因素

主要分为患者、医生两方面因素。

患者方面因素包括：（1）基本人口学特征：如年龄、性别、种族与民族[3，7]。一般认为，年龄与 ACSH 呈正相关，性别对 ACSH 的影响目前尚不一致，不同种族与民族间的 ACSH 表现存在较大差异[8-9]。（2）个人经济状况：如收入水平、居住条件和医疗保险等[10-13]。低水平范围内，收入水平与 ACSH 呈负相关；但超过一定范围时，ACSH 与收入水平呈正相关[14]。稳定的居住环境和医疗保险是 ACSH 的保护因素[15-17]。（3）其他患者因素：如个人就医意愿、治疗依从性、疾病严重程度及并发症等[18]。通常来说，个人就医意愿和治疗依从性越低的患者越容易出现严重的并发症和合并症，ACSH 的发生情况也越高；反之则越低[19]。

医生方面因素主要指临床医生的行医行为，包括医生对临床实践指南（以下简称指南）的依从性和医生自身的职业道德水平等。指南旨在为患者提供最佳医疗服务[20-21]，而医生对高质量指南的依从性不足可导致 ACSH 发生风险增加。例如 O'MALLY 等[22]研究发现，医生（尤其是执业时间≤ 10 年者）对指南的依从性越高，慢性阻塞性肺疾病患者的住院风险越低。指南的规范使用与更短的住院时间密切相关[23]。此外，医生职业道德素养也会影响 ACSH 的发生，如在紧张的医患关系背景下医生防御性心理或技术水平不足均可能导致 ACSH 发生风险增加[22]。

1.2　卫生服务系统因素

卫生服务系统因素涉及范围较广，包括医疗卫生服务可及性、医疗保险制度、医疗卫生服务连续性、医疗卫生人员稳定性和远程医疗技术的使用等[24-29]。

首先，医疗卫生服务的质量和可及性是引起 ACSH 变化的关键驱动因素，尤其是初级卫生保健服务。研究发现减少 ACSH 的有效干预措施的特征之一是有初级保健医生的参与[30]，表明初级保健医生在解决 ACSH 问题中发挥了核心作用。一般而言，初级卫生保健服务的质量和可及性越高，ACSH 发生风险越低[23，31]。而且初级保健医生的供应数量会影响初级卫生保健机构的整体绩效：在合理范围内时，ACSH 发生风险相对较低；供应数量相对较小或较大时，ACSH 发生风险反而较高。随着医生族裔多样性增加，ACSH 发生风险逐渐降低[32]。

其次，医疗保险的付费制度、医疗机构的绩效薪酬制度等卫生服务系统因素均与 ACSH 密切相关。例如，BINDMAN 等[24]的研究表明，美国针对医疗补助计划 Medicaid 的管理式支付方式相较于按服务付费制度可以更好地降低 ACSH 发生风险，而 HARRISON 等[25]的研

究则发现，英国初级卫生保健绩效薪酬计划使得 ACSCs 相关的急诊入院人数持续减少，降幅可在第 7 年达到 8.0%。

1.3 社会因素

如经济发展水平、教育水平、环境等诸多社会因素能通过影响卫生服务系统和个体健康状况，从而对 ACSH 产生影响[23，33-34]。这些因素一方面会直接影响 ACSCs 患者和高危人群的就医过程和管理方式，另一方面还可通过社会支持系统、福利制度、居住环境等多途径间接影响患者和高危人群的生活方式和健康素养，从而影响 ACSH 的发生。

2 国际上针对 ACSH 的实践与管理办法

减少 ACSH 的有效策略包括预防保健、疾病早期发现与管理、连续性治疗、慢性病管理等[35]，本研究系统梳理国际上减少 ACSH 的关键建议与举措，并根据行动领域将其分为服务模式、服务提供和服务管理三个方面[30，36-39]，见表 1。

表 1 减少 ACSH 关键建议与举措

Table 1 Key recommendations and measures for reducing ACSH

行动领域	关键建议与举措
服务模式	赋予公众权力，增强患者参与
	促进 ACSCs 相关指南的使用
	改善门急诊服务相关中高危人群的管理
服务提供	加强初级卫生保健机构的“守门人”角色和协调作用
	拓展护理人员执业范围
	促进电子医疗和远程医疗的使用
服务管理	提高门急诊服务的可及性
	促进医疗卫生服务的可负担性
	扩展 ACSCs 相关服务包
	建立 ACSCs 相关质量改进机制
	调整奖励机制，以改善门急诊服务相关疾病管理

注：ACSH= 门急诊服务敏感疾病住院，ACSCs= 门急诊服务敏感疾病。

2.1 注重改进患者参与的医疗卫生服务模式

在医疗卫生服务模式方面，应注意提高患者参与度，提倡 ACSCs 相关指南的使用，尤其注意改善高危人群的门急诊管理路径。（1）增强患者在服务过程中的参与度：例如在初级卫生保健机构提供专业培训和咨询服务，增加基于循证的公众健康素养实践与干预措施的传播，并通过公共宣传和健康教育，提高患者对 ACSCs 的正确认识，以支持其进行自我管理。增强患者参与度不仅可以提高治疗效果和满意度，也可以减少潜在的可避免住院，降低医疗成本[37-38]。（2）提高提供门急诊服务的相关单位对指南的依从性：例如及时更新 ACSCs 相关指南，尤其要针对重点性疾病制订指南，督促门急诊医生对指南的规范使用，缩小其与专科医生的实践差异，提高门急诊服务质量，进而降低 ACSH 发生风险[37-38]。（3）改善提供门急诊服务的相关单位对 ACSCs 高危人群的管理：除系统监测 ACSCs 及其发生情况外，还应对 ACSCs 的概念、特点、高危人群等重点知识进行培训，使医务人员更好地了解患者需求，提高规范化管理水平[36]。

2.2 提供侧重服务效率的医疗卫生服务

在提供医疗卫生服务方面，应注意强化初级卫生保健机构“守门人”角色和协调作用，拓展护理人员执业范围，促进电子医疗和远程医疗的使用。初级卫生保健机构是患者获得医疗卫生服务的首个切入点，全科医生作为该系统的核心部分，可以优先解决患者和公众的卫生需求，也可减轻医院医疗负担。然而在实际情况中，患者常会不经过全科医生转诊便去寻求医院的专科服务，这种行为很可能是不必要的，并可能导致医疗耗费相对更高。因此将全科医生作为患者的第一联络点以及基层服务协调员，可实现对 ACSCs 的早期管理，从源头减少 ACSH 的发生[37-38]。

同时，创新的助理医师模式对改善 ACSCs 的管理也至关重要。尤其针对需要密切关注和持续监测的 ACSCs 高危人群，该模式可通过加强助理医师的服务范围、病例管理能力及其与全科医生的联系来构建一个完整的卫生服务体系，提供更加全面、有效、便捷的医疗卫生服务，降低 ACSH 的发生风险[36]。此外，为实现医疗卫生服务的全面整合，建立全国性的远程信息处理基础设施是重要基石。信息技术可以提高门急诊医疗服务的效率，促进患者的院外管理；拓展移动医疗和远程医疗服务，也可确保和维持全国范围内获得初级卫生保健服务的持续性和公平性[36]。

2.3 建立以 ACSCs 为重点的疾病管理机制

在医疗卫生服务管理方面，除提高门急诊服务的可及性和可负担性等通常措施外，还需要针对 ACSCs 管理全过程制定整合性医疗服务，建立和调整 ACSCs 相关的服务改进机制和奖励机制。一方面，提高全科医生的职业声望与吸引力，培养更多的全科医生以满足公众就医需求，着力解决地区间全科医生供应不平等问题，全面提高 ACSCs 相关初级卫生保健服务的可及性并加强低收入人群的就医保障，提高患者获取医疗卫生服务的可负担性[36-37]。另一方面，针对性地解决 ACSCs 患者及高危人群的社会、医疗和心理健康问题[30，40]。通过整合医疗模式，推动各个服务部门之间定期或持续地沟通与协作，建立以 ACSCs 为重点的疾病管理机制，可以更好地预防、治疗和管理 ACSCs，提高医疗卫生服务的水平和效益[36-37]。此外，在上述基础上，建



立 ACSCs 相关的服务改进机制和奖励机制，利用监测数据作为绩效评价指标，通过经济奖励刺激全科医生对患者和高危人群进行早期诊疗与管理，可以进一步降低 ACSH 发生风险[37-38]。

3 我国 ACSH 管理的思考与建议

新时期背景下，为切实减少我国 ACSH 的发生，本研究从政策制定者、医疗服务提供者、研究者、患者与公众层面分别提出如下思考与建议。ACSH 影响因素与管理策略见图 1。

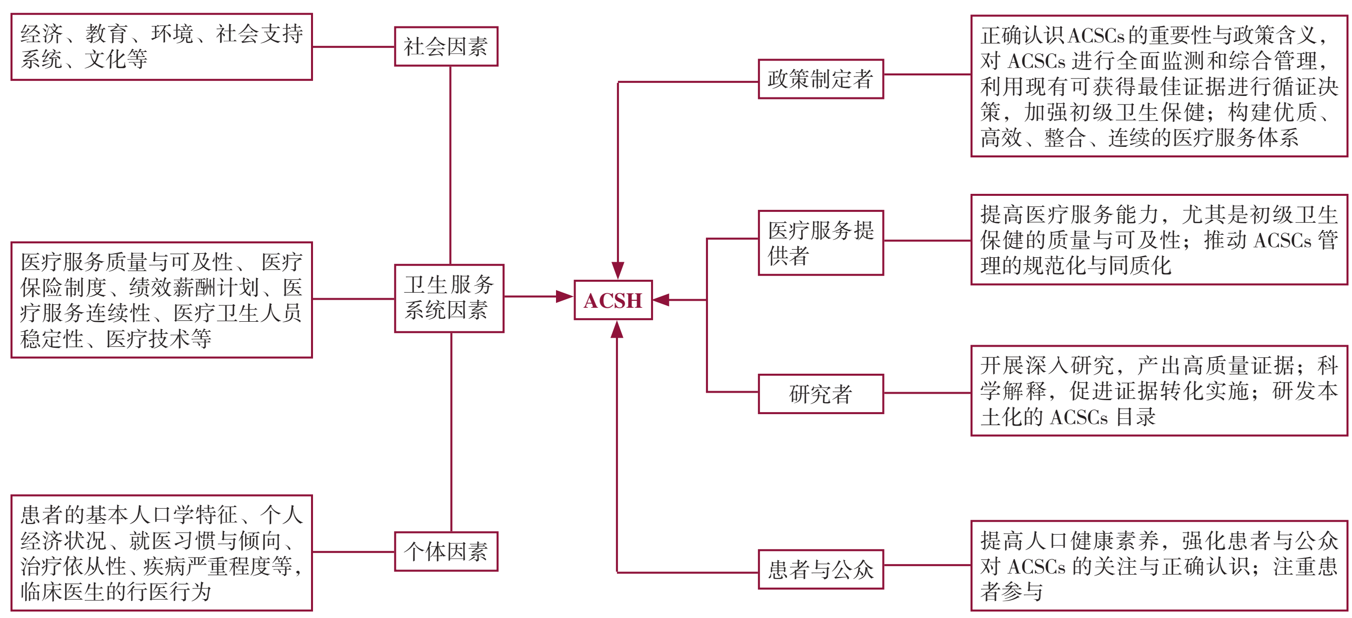
3.1 实施 ACSCs 全面监测和综合管理，优化医疗卫生服务体系

ACSH 与医疗卫生服务体系的整体绩效密切相关。国际主要发达国家已将 ACSCs 防治作为医疗卫生工作的重点，用于考核健康项目或政策绩效[41]，但现阶段我国对 ACSCs 的认识和管理尚不充分。首先，应强化政策制定者对 ACSCs 的正确认识。ACSH 具有较强的政策含义，不仅有助于了解特定地区或人群的医疗卫生服务水平和产生差异的原因，而且可动态监测医疗卫生服务水平的变化趋势以探究服务的连续性，还有利于评价政策干预的效果。其次，应加强对 ACSCs 的全面监测和综合管理，建立包含疾病预防、诊断、治疗等方面的 ACSCs 监测体系和多层级信息共享平台，对 ACSCs 的发病率、发病特点、住院率、治疗效果等内容进行分析和追踪，为 ACSCs 的管理提供证据支持。在此基础上，将多方信息、行动和资源有效整合，开展跨部门协同工作，建立涵盖多环节、多专业、多形式的管理机制，促进 ACSCs 的科学管理。

最后，应充分发挥初级卫生保健机构“守门人”的作用，构建优质、高效、整合、连续的医疗卫生服务体系。鉴于 ACSH 发生情况与多种因素相关，防控工作远超出了临床医生的工作范畴，难以通过一时的风险应急来实现，因此降低 ACSH 发生风险的举措应广泛且持续，且必须要立足于健康风险的长期管理、自我管理和社会支持管理。一方面，发挥好初级卫生保健机构健康“守门人”的重要作用，依靠全科医生和护理人员作为患者的第一联络点和服务协调员，实现对 ACSCs 的全面监测与长期管理；另一方面，充分运用电子医疗和远程医疗等先进技术，增加优质医疗保健服务的供给，并最大限度地保障患者权益。

3.2 提高医疗卫生服务能力，推动 ACSCs 管理的规范化与同质化

证据表明，ACSCs 引起的可避免住院的比例为 5%~79%[42]。这揭示了一个重要事实：如果初级卫生保健机构能够更有效地进行预防、诊断和治疗，许多住院案例是可以避免的。因此，着力提高 ACSCs 相关医疗卫生服务能力和标准化管理水平对降低 ACSH 发生风险至关重要。一方面，鉴于 ACSCs 多为常见病、多发病，建立专业规范的防治队伍，提高医疗卫生服务，尤其是初级卫生保健的质量与可及性必不可少。虽然自 2009 年新一轮医改以来，我国出台了一系列政策强化基层医疗卫生服务的作用，但其服务水平仍有较大的提升空间[43]。以 ACSCs 典型疾病——糖尿病和高血压为例，其导致的可避免住院现象在我国普遍存在，患者经济负担较重。2016 年，我国慢性病可避免住院费用占总住院费用的 10.45%，仅糖尿病和高血压的住院费用



注：ACSH= 门急诊服务敏感疾病住院，ACSCs= 门急诊服务敏感疾病。

图 1 ACSH 影响因素与管理策略示意图

Figure 1 Schematic diagram of influencing factors and management strategies of ACSH

就占可避免住院总费用的 39.72%[4]。尽管 2016—2020 年慢性病可避免住院患者占住院患者的比例从 9.53% 下降至 8.85%，慢性病可避免住院费用占住院总费用的比重也从 10.45% 下降至 8.63%，但是慢性病可避免住院费用从 1 492.63 亿元增加至 1 859.40 亿元[44]。说明初级卫生保健服务在这些疾病的预防、转诊及医疗协调等方面发挥的作用有限，仍需进一步提升[45]。另一方面，为保证高质量、高价值的医疗服务，可通过实施临床路径管理，加强医务人员（尤其是初级卫生保健机构的全科医生和护理人员）对 ACSCs 相关高质量指南的使用，并在指南的指导下规范执业行为。以糖尿病为例，国内外已发布了大量糖尿病及其并发症相关的指南，如 2022 年发布的更新版《国家基层糖尿病防治管理指南（2022）》，其涵盖了糖尿病的管理要求、筛查、诊断、治疗及慢性并发症等多个方面[46]。基层医务人员应及时学习该指南并了解其更新内容，以推动基层糖尿病管理工作的规范化与同质化。

3.3 深入开展 ACSCs 本土化研究，促进高质量证据转化实施

为切实解决 ACSCs 带来的可避免住院问题，建议对 ACSCs 进行深入研究，尤其针对 ACSH 在国内的现状与发展趋势，系统地探讨相关因素和可行措施，形成适用于我国现阶段卫生国情的高质量证据，并基于这些证据改善医疗服务实践。此外也可通过学科交叉和国际合作，利用多学科优势和资源，进行更深入、广泛的研究。然而研究者在进行结果解释时需谨慎处理，ACSH 虽可作为医疗卫生服务体系的绩效指标，但其并不是医疗卫生服务的直接衡量指标，数值的高低也并不能简单地反映医疗卫生服务质量的高低。所以研究者需根据我国卫生系统的特性，对其内在机制进行重点分析[47]。

此外，尽管 ACSH 已被广泛应用，但是研究者在应用时必须考虑国外制订的 ACSCs 目录在本土的适用性问题，因为其可能难以有效反映本国医疗保健系统的整体绩效。目前中国学术界相关研究均在使用国外 ACSCs 目录，最主要的原因是缺乏基于我国人口疾病罹患情况、医疗技术水平、疾病负担和保障水平等实际国情制订的 ACSCs 目录。为开展有针对性的 ACSCs 研究以切实推动中国卫生服务体系高质量发展，需尽快制订本土化的 ACSCs 目录。

3.4 提高患者和公众对 ACSCs 的正确认识，注重患者参与

患者和公众对 ACSCs 的关注和正确认识是减少可避免住院的重要前提。为达到此目的，一方面可通过多维干预方式，帮助患者和公众形成减少 ACSH 的正确观念[48]。尤其可通过制订患者或公众指南的形式[49-50]，增强其对 ACSCs 的疾病认知和自我管理。在现代化背景下，可充分利用多样性的社交媒体与平台，以“线上 + 线下”的方式发布 ACSCs 防治相关信息，提高人口健康素养。另一方面，在诊疗和管理过程中，可以向患者提供符合相应能力水平和需求的支持性材料，帮助其更清楚地了解自身健康状态和治疗方案等知识，必要时给予患者心理支持，增强患者在医疗卫生服务过程中的参与度。鼓励有条件的地区积极推进“互联网 +”医疗管理服务，创新快捷、高效、智能的诊疗服务和全程、实时、互动的健康管理模式，充分运用信息技术丰富 ACSCs 健康管理手段，提高管理效率和效果。

4 小结

ACSH 发生情况与患者的个人因素、临床医生的行医行为、卫生服务系统和社会因素密切相关。国际上关于减少 ACSH 的有效策略贯穿医疗卫生服务模式、服务提供和服务管理全过程。未来，随着我国医疗卫生服务水平的不断提高和医疗资源配置的不断完善，应尽快加强对 ACSCs 的全面监测和深入研究，推进医疗卫生服务的规范化、同质化与全流程管理，进一步提高卫生服务效率，减少不必要的医疗浪费，有效提升公众的健康水平。

致谢：感谢盖茨基金会（OPP1178967）对本次研究的支持。

作者贡献：王健健、卢珊进行文章的构思与设计；王健健进行研究实施、文献整理与解释、文章撰写及修订；张研、卢珊、潘杰对文章进行修订与质量控制；卢珊、潘杰负责文章的最后修订与审校，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

王健健：https://orcid.org/0000-0003-0507-9259

张研：https://orcid.org/0000-0003-3183-0034

卢珊：https://orcid.org/0000-0002-9339-762X

潘杰：https://orcid.org/0000-0001-9501-1535

参考文献

[1] JIANG H J，RUSSO C A，BARRETT M L. Nationwide frequency and costs of potentially preventable hospitalizations，2006［R］. Rockville （MD）：Agency for Healthcare Research and Quality，2009.

[2] WILL J C，ZHANG Z F，RITCHEY M D，et al. Medication adherence and incident preventable hospitalizations for hypertension［J］. Am J Prev Med，2016，50（4）：489-499. DOI：10.1016/j.amepre.2015.08.021.

[3] LOYD C，BLUE K，TURNER L，et al. National norms for hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions among adults in the US［J］. J Gen Intern Med，2023， 38（13）：2953-2959. DOI：10.1007/s11606-023-08161-z.

[4] 柴培培，张毓辉，万泉，等. 基于卫生费用核算的我国慢性病可避免住院费用分析［J］. 中国卫生经济，2019，38（4）：



13-16. DOI：10.7664/CHE20190403.

[5] 侯颖，曹志辉 . 可避免住院标准的界定与影响因素：国际经验与启示［J］. 卫生经济研究，2021，38（7）：55-57. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.07.013.

[6] 周传坤，曲直，马雯，等 . 可避免住院：概念和意义［J］. 中国卫生质量管理，2015，22（6）：18-22. DOI：10.13912/j.cnki.chqm.2015.22.6.07.

[7] JØRGENSEN T S H，ALLORE H，ELMAN M R，et al. The importance of chronic conditions for potentially avoidable hospitalizations among non-Hispanic Black and non-Hispanic White older adults in the US：a cross-sectional observational study［J］. BMC Health Serv Res，2022，22（1）：468. DOI：10.1186/s12913-022-07849-y.

[8] IBA A，TOMIO J，ABE K，et al. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in a large city of Japan：a descriptive analysis using claims data［J］. J Gen Intern Med，2022，37（15）：3917-3924. DOI：10.1007/s11606-022-07713-z.

[9] LEUCHTER R K，VILLAFLORES C W A，NORRIS K C，et al. Racial disparities in potentially avoidable hospitalizations during the COVID-19 pandemic［J］. Am J Prev Med，2021，61（2）：235-239. DOI：10.1016/j.amepre.2021.01.036.

[10] BETTENHAUSEN J L，COLVIN J D，BERRY J G，et al. Association of income inequality with pediatric hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions［J］. JAMA Pediatr，2017，171（6）：e170322. DOI：10.1001/jamapediatrics.2017.0322.

[11] BILLINGS J，ZEITEL L，LUKOMNIK J，et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City［J］. Health Aff（Millwood），1993，12（1）：162-173. DOI：10.1377/hlthaff.12.1.162.

[12] CULLER S D，PARCHMAN M L，PRZYBYLSKI M. Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly［J］. Med Care，1998，36（6）：804-817. DOI：10.1097/00005650-199806000-00004.

[13] POLLMANNS J，ROMANO P S，WEYERMANN M，et al. Impact of disease prevalence adjustment on hospitalization rates for chronic ambulatory care-sensitive conditions in Germany［J］. Health Serv Res，2018，53（2）：1180-1202. DOI：10.1111/1475-6773.12680.

[14] LADITKA J N，LADITKA S B，PROBST J C. More may be better：evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions［J］. Health Serv Res，2005，40（4）：1148-1166. DOI：10.1111/j.1475-6773.2005.00403.x.

[15] QUENSELL M L，TAIRA D A，SETO T B，et al. "I need my own place to get better"：patient perspectives on the role of housing in potentially preventable hospitalizations［J］. J Health Care Poor Underserved，2017，28（2）：784-797. DOI：10.1353/hpu.2017.0074.

[16] ARNETT M J，THORPE R J，GASKIN D J，et al. Race，medical mistrust，and segregation in primary care as usual source of care：findings from the exploring health disparities in integrated communities study［J］. J Urban Health，2016，93（3）：456-467. DOI：10.1007/s11524-016-0054-9.

[17] WILLGING C E，SOMMERFELD D H，JARAMILLO E T，et al. Improving Native American elder access to and use of health care through effective health system navigation［J］. BMC Health Serv Res，2018，18（1）：464. DOI：10.1186/s12913-018-3182-y.

[18] SKAINS R M，ZHANG Y，OSBORNE J D，et al. Hospital-associated disability due to avoidable hospitalizations among older adults［J］. J Am Geriatr Soc，2023，71（5）：1395-1405. DOI：10.1111/jgs.18238.

[19] SOKOL M C，MCGUIGAN K A，VERBRUGGE R R，et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost［J］. Med Care，2005，43（6）：521-530. DOI：10.1097/01.mlr.0000163641.86870.af.

[20] Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust［M］. Washington DC：the National Academies Press，2011.

[21] DJULBEGOVIC B，GUYATT G H. Progress in evidence-based medicine：a quarter century on［J］. Lancet，2017，390（10092）：415-423. DOI：10.1016/S0140-6736(16)31592-6.

[22] O'MALLEY A S，PHAM H H，SCHRAG D，et al. Potentially avoidable hospitalizations for COPD and pneumonia：the role of physician and practice characteristics［J］. Med Care，2007，45（6）：562-570. DOI：10.1097/MLR.0b013e3180408df8.

[23] BUSBY J，PURDY S，HOLLINGWORTH W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions［J］. BMC Health Serv Res，2015，15：324. DOI：10.1186/s12913-015-0964-3.

[24] BINDMAN A B，CHATTOPADHYAY A，OSMOND D H，et al. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions［J］. Health Serv Res，2005，40（1）：19-38. DOI：10.1111/j.1475-6773.2005.00340.x.

[25] HARRISON M J，DUSHEIKO M，SUTTON M，et al. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions：controlled longitudinal study［J］. BMJ，2014，349：g6423. DOI：10.1136/bmj.g6423.

[26] BARKER I，STEVENTON A，DEENY S R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions：cross sectional study of routinely collected，person level data［J］. BMJ，2017，356：j84. DOI：10.1136/bmj.j84.

[27] ANSARI Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care［J］. Aust J Prim Health，2007，13（3）：91. DOI：10.1071/py07043.

[28] CAUGHEY G E，PRATT N L，BARRATT J D，et al. Understanding 30-day re-admission after hospitalisation of older patients for diabetes：identifying those at greatest risk［J］. Med J Aust，2017，206（4）：170-175. DOI：10.5694/mja16.00671.

[29] CHUMBLER N R，CHEN M，HARRISON A，et al. Racial and socioeconomic characteristics associated with the use of telehealth services among adults with ambulatory sensitive Conditions［J］. Health Serv Res Manag Epidemiol，2023，10：23333928231154334. DOI：10.1177/23333928231154334.

[30] DUMINY L, RESS V, WILD E M. Complex community health and social care interventions – which features lead to reductions in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions? A systematic literature review [J]. Health Policy, 2022, 126(12): 1206–1225. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.10.003.

[31] MUENCHBERGER H, KENDALL E. Predictors of preventable hospitalization in chronic disease: priorities for change [J]. J Public Health Policy, 2010, 31(2): 150–163. DOI: 10.1057/jphp.2010.3.

[32] LADITKA J N. Physician supply, physician diversity, and outcomes of primary health care for older persons in the United States [J]. Health Place, 2004, 10(3): 231–244. DOI: 10.1016/j.healthplace.2003.09.004.

[33] HODGSON K, DEENY S R, STEVENTON A. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations [J]. BMJ Qual Saf, 2019, 28(6): 429–433. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008820.

[34] LOVELL N, BIBBY J. What makes us healthy? An introduction to the social determinants of health [R]. London: The Health Foundation, 2018.

[35] SUNDMACHER L, FISCHBACH D, SCHUETTIG W, et al. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany [J]. Health Policy, 2015, 119(11): 1415–1423. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

[36] World Health Organization, Regional Office for Europe. Ambulatory care sensitive conditions in Germany [EB/OL]. [2023-04-20]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/349099.

[37] World Health Organization, Regional Office for Europe. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia [EB/OL]. [2023-04-20]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/181593.

[38] World Health Organization, Regional Office for Europe. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal [EB/OL]. [2023-04-20]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/349313.

[39] World Health Organization, Regional Office for Europe. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions [EB/OL]. [2023-04-20]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/348972.

[40] MORGAN S, PULLON S, MCKINLAY E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review [J]. Int J Nurs Stud, 2015, 52(7): 1217–1230. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.

[41] KIMMEY L, VERDIER J M. Reducing avoidable hospitalizations for medicare-medicaid enrollees in nursing facilities: issues and options for states [R]. Integrated Care Resource Center, 2015.

[42] VAN WALRAVEN C, BENNETT C, JENNINGS A, et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review [J]. CMAJ, 2011, 183(7): e391–e402. DOI: 10.1503/cmaj.101860.

[43] LI X, KRUMHOLZ H M, YIP W, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations [J]. Lancet, 2020, 395(10239): 1802–1812. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7.

[44] 柴培培，万泉，翟铁民，等. 我国慢性病可避免住院费用变化趋势分析[J]. 卫生经济研究，2023，40(12)：11–13，19. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.12.004.

[45] 陈思远，周吴平，简伟研，等. 我国中部农村居民糖尿病和高血压可避免住院现状研究[J]. 中国卫生质量管理，2021，28(5)：95–97. DOI：10.13912/j.cnki.chqm.2021.28.5.26.

[46] 中华医学会糖尿病学分会，国家基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层糖尿病防治管理指南（2022）[J]. 中华内科杂志，2022，61(3)：249–262. DOI：10.3760/cma.j.cn112138-20220120-000063.

[47] FREUND T, CAMPBELL S M, GEISSLER S, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions [J]. Ann Fam Med, 2013, 11(4): 363–370. DOI: 10.1370/afm.1498.

[48] JAQUES K, BERNSTEIN M, HAIGH F, et al. Reducing the risk of potentially preventable hospitalisations: a literature review of community-based approaches [R]. New South Wales: South Western Sydney Local Health District, 2018.

[49] 首届患者与公众指南方法学研讨会工作组. 促进患者与公众指南在中国发展的倡议[J]. 协和医学杂志，2022，13(4)：670–672. DOI：10.12290/xhyxzz.2022-0378.

[50] 刘辉，姚媛媛，罗旭飞，等. 患者与公众指南的制订方法：进展与案例[J]. 协和医学杂志，2023，14(5)：1091–1095. DOI：10.12290/xhyxzz.2023-0356.

（收稿日期：2024-03-25；修回日期：2024-07-26）
（本文编辑：程圣）